DES TUMEURS

FIBRO-PLASTIQUES

SOUS-CUTANÉES DES MEMBRES

PARIS. — IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE, RUE VAVIN, 12.

DES TUMEURS

FIBRO-PLASTIQUES

SOUS-CUTANÉES DES MEMBRES

PAR LE DOCTEUR

L. BOURDY

ANCIEN INTERNE DE L'ASILE IMPÉRIAL DE VINCENNES.

(MÉDAILLE DE BRONZE) MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DES TRAVAUX PUBLICS (CHOLÉRA 1866)

(MÉDAILLE D'OR), ROUBAIX (NORD) (CHOLÉRA 1866)

(MÉDAILLE D'OR) SAILLY-SUR-LA-LYS (PAS-DE-CALAIS) (CHOLÉRA 1866).

ROYAL·COLLEGE·OF·SURGEONS·OF·ENGLAND

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-EDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23.

1868

INTRODUCTION

Parmi les tumeurs qui prennent naissance sur les membres, il n'en est pas d'aussi peu étudiées que les tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées.

Cela tient, sans doute, à leur nombre assez restreint. Peut-être cela dépend-il aussi de leur constitution anatomique, qui n'est connue que depuis un petit nombre d'années.

Souvent le diagnostic de ces tumeurs a pu être incomplet, difficile, au point de les faire prendre, par des chirurgiens éprouvés, pour des tannes développées aux membres. De plus, ces tumeurs sont assez indolentes pour que des malades aient pu vivre dix ans sans s'en préoccuper et même sans se douter de leur présence.

J'ai été encouragé dans cette étude par M. Dolbeau, qui, depuis de longues années que je suis son élève, m'a toujours donné des témoignages de son affection. Je suis heureux de l'en remercier ici.

M. le professeur Verneuil, avec sa bienveillance habituelle, a bien voulu me seconder également, et c'est grâce

à son obligeance que je puis citer trois beaux cas inédits de tumeurs sous-cutanées. Qu'il sache aussi combien je lui en suis reconnaissant.

La nouvelle édition du *Traité de Pathologie chirurgicale* de mon maître le professeur Nélaton ; le *Traité* si complet *de Pathologie chirurgicale*, de Follin ; une bonne *Thèse* inaugurale de M. Malhéné (1), sous les auspices de M. le professeur Gosselin, m'ont, en cette circonstance, beaucoup facilité le travail.

J'indiquerai, du reste, à mesure, les sources auxquelles j'ai puisé. J'aurai soin de noter les emprunts que j'ai faits, soit au *Traité des Tumeurs*, de M. le professeur Broca, soit à divers recueils scientifiques.

(1) *Thèses* de Paris, 1866, n° 138.

DES TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES

SOUS-CUTANÉES DES MEMBRES

PREMIÈRE PARTIE

Définition. — Historique.

On appelle *tumeur fibro-plastique* toute tumeur formée par des éléments analogues à ceux que l'on rencontre en grande abondance chez l'embryon. Chez l'homme, ces éléments n'existent qu'exceptionnellement dans la substance des cicatrices et ne produisent aucun accident, tandis qu'ils forment en se réunissant des tumeurs :

1° Ne ressemblant, comme structure, à aucun des tissus normaux de l'homme adulte ;

2° N'ayant aucune tendance à guérir spontanément ;

3° Récidivant enfin, très-fréquemment, soit sur place, soit dans une autre partie du corps, et finissant par infecter l'économie.

La connaissance des tumeurs fibro-plastiques est encore de date assez récente. Boyer paraît les avoir reconnues. Il les

désignait sous le nom d'*encéphaloïde enkysté*, d'après leur aspect et leur position dans le tissu cellulaire. Il semble aussi les avoir eues en vue quand il décrit ainsi le squirrhe : « Une tumeur dure, mobile, circonscrite, égale, rénitente, ordinairement indolente ou peu douloureuse au toucher, et susceptible de se terminer par résolution ou de dégénérer en cancer. Il se présente, sous la forme d'une tumeur circonscrite, mobile sous la peau, avec laquelle elle n'est point adhérente, non plus qu'avec les parties sous-jacentes, sans changement de couleur à la peau, quelquefois douloureuse et causant une sensation de pesanteur et de distension, le plus souvent indolente et n'incommodant que par son poids (1). »

Pendant quarante ans, les connaissances ne changent pas, et il faut arriver en 1845 pour rencontrer une étude et des aperçus nouveaux sur les tumeurs fibro-plastiques.

C'est à l'emploi du microscope que nous devons de connaître l'affection qui nous occupe.

En 1845, dans sa *Physiologie pathologique*, M. le professeur Lebert distingue en deux classes les tumeurs que l'on rencontre dans le corps humain :

1° Les unes « homœomorphes », formées de tissus ayant leurs analogues dans l'économie, soit transitoirement, soit définitivement ;

2° Les tissus hétéromorphes, formés d'éléments sans analogues dans l'économie.

Il rangeait dans la première classe les tumeurs fibro-plastiques. Depuis, il accepta pour ces produits trois variétés dans la production : 1° tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire ; 2° hypertrophie fibro-plastique ; 3° formations fibro-plastiques autogènes.

(1) Boyer, *Maladies chirurgicales*, tome II, 1814.

Virchow, dans sa *Pathologie cellulaire,* n'admet pas de tumeurs formées par des produits hétéromorphes : pour lui, tout vient de la prolifération des corpuscules de tissu conjonctif et formant le tissu fibro-plastique au même titre que le tubercule, cancer, etc. La période de développement seule ferait la différence des produits. Le professeur de Berlin les appelle des plasmomes. La variété des noms qu'on leur donne prouve assez combien elles sont peu connues. Pour Fœrster, ce sont des myxomes ; pour Abernethy, des sarcomes. Nous verrons plus loin que la différence de composition élémentaire et de consistance ne nécessite pas un nom nouveau pour chaque variété, mais seulelement une qualification. Pour Follin, ces productions pathologiques sont des produits hétéromorphes (1). M. le professeur Broca, dans son *Traité des tumeurs,* les range parmi les tumeurs homœomorphes hétérologues. Cette distinction, peut-être subtile, ne nous empêche pas de nous ranger à l'opinion exprimée par Follin.

On trouvera, à la fin de ce travail, les observations de tumeurs sous-cutanées qui me sont personnelles ou que j'ai empruntées à divers auteurs. J'aurai soin d'en indiquer la source.

Anatomie pathologique.

Le lieu d'élection des tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées est d'ordinaire le tissu cellulaire sous-dermique ; c'est presque toujours là qu'elles prennent naissance. D'autres fois, mais le cas est rare, c'est dans l'épaisseur de la peau qu'elles apparaissent. Enfin, on les trouve à l'aponévrose superficielle

(1) Follin, *Pathologie chirurgicale*, tome I, page 155.

des membres, et elles peuvent quelquefois envoyer des prolongements dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique.

Siége. — Nos propres observations, celles publiées antérieurement, nous montrent l'extrême fréquence de ces productions au membre inférieur : rarement elles siégent au membre supérieur.

Le lieu de prédilection est le voisinage de l'articulation du genou, puis la région fessière et l'aine. Disons, du reste, que les observations publiées ne sont pas assez nombreuses pour éclairer complétement ce point de l'histoire des plasmomes superficiels ; toutefois, il reste acquis qu'elles sont bien plus communes aux environs de l'articulation fémoro-tibiale, soit à la cuisse, soit à la jambe.

Presque toujours la peau qui recouvre ces tumeurs est parfaitement saine, naturelle et sans adhérences avec elles : je fais naturellement exception pour les cas où la tumeur sous-cutanée a pris naissance dans la peau elle-même ; mais j'ai déjà dit combien ces cas étaient rares.

Elles sont d'ordinaire arrondies ou légèrement ovoïdes ; d'autres fois, elles ressemblent à une noisette, à un petit gland. Ces formes habituelles ne sont pas les seules : on en rencontre aussi de bizarres. La tumeur d'un malade, observé à la Pitié dans le service de M. le professeur Gosselin par le docteur Malhéné, ressemblait à un pénis (obs. XI). M. Fano avait déjà signalé la même forme. Une malade de Velpeau (obs. XIII) portait une tumeur aplatie et occupant le pli fessier et la cuisse à sa partie externe.

Volume. — Le volume est extrêmement variable : tantôt elles ont celui d'une noisette, tantôt elles finissent par atteindre les dimensions d'un poing, d'une tête d'adulte même. En général elles s'accroissent davantage que les tumeurs fibroïdes

profondes, rien n'empêchant leur expansion. Elles sont, du reste, presque toujours lisses, bien rarement bosselées.

La consistance, qui varie beaucoup, dépend de la constitution histologique. Fermes d'habitude et même élastiques, on en voit d'assez molles pour paraître fluctuantes, ce qui est rare et tient soit à des kystes, soit à des hémorrhagies qui naissent dans leur épaisseur.

Leur mobilité est très-grande ; souvent même elle semble plus grande qu'elle ne l'est en réalité, surtout s'il existe des connexions avec l'aponévrose. Ces tumeurs repoussent la peau qui se moule sur elles, et lui adhèrent rarement.

La coloration de la peau est naturelle. Dans deux cas, cependant, elle était d'une couleur bleue. Quand ces productions naissent dans la peau, elles lui donnent, dit-on (car je n'ai pu le vérifier), une couleur d'un rouge luisant.

Dans une observation que j'ai recueillie à l'hôpital Cochin (service de M. Dolbeau), on voit la peau s'ulcérer tout à coup, être taillée comme à l'emporte-pièce et former un anneau de couleur naturelle à travers lequel la tumeur sort comme un champignon. A peine si les bords de cet anneau sont rouges.

La face profonde du derme et le tissu cellulaire ambiant se transforment en tissu fibreux qui souvent enveloppe d'une poque, à la manière d'un ganglion, la production pathologique, laquelle s'enkyste complétement. Dans cette enveloppe, qui n'est pas constante, on trouve un lacis vasculaire assez développé.

« Quand on vient, dit Follin (1), à examiner directement le tissu des tumeurs fibro-plastiques, on ne lui reconnaît pas tou-

(1) Follin *Pathologie chirurgicale*, tome Ier, page 268.

jours le même aspect. Tantôt c'est un tissu d'un grisâtre lardacé, assez difficile à lacérer, dont la coupe est lisse et brillante, avec peu de vaisseaux et une assez faible quantité de liquide transparent interposé ; tantôt, au contraire, c'est un tissu mou, d'un blanc jaunâtre, facile à déchirer, dont la coupe est granuleuse et dont l'aspect varie du jaune pâle au rouge, suivant le degré de développement vasculaire.

« Si la première variété de ce tissu a une certaine analogie avec le tissu fibreux, on ne saurait trouver la même ressemblance avec la seconde variété, qui rappelle plutôt la substance des polypes muqueux des fosses nasales. Une plus grande quantité de fibrilles dans l'un et d'éléments cellulaires dans l'autre établit la seule différence histologique. A côté de ces deux variétés principales, on doit en placer une autre, dans laquelle l'aspect général du tissu est celui d'une matière gélatineuse, amorphe, colloïde. »

Disons de suite que le liquide que l'on peut faire sortir est en petite quantité ; qu'il est transparent, un peu jaune et non lactescent, comme dans le cancer. Une seconde différence : le tissu des plasmomes est élastique et ne se laisse pas écraser comme le cancer entre deux lames de verre.

Les tumeurs sous-cutanées présentent assez rarement la forme colloïde, bien plus fréquente dans les organes glanduleux. Celles qui ont pris naissance dans la peau des membres l'offrent quelquefois. Quelquefois aussi on trouve des kystes dans l'épaisseur du produit pathologique et souvent du sang épanché, qui provient d'hémorrhagies intérieures, causées par des chutes sur la tumeur.

La forme fibreuse, celle que Boyer appelait jadis le squirrhe, est la plus fréquente de toutes.

STRUCTURE MICROSCOPIQUE.

Malgré tout ce qu'a de séduisant la théorie de Virchow et des Allemands, j'ai dit que je rangeais ces tumeurs parmi les pseudo-plasmes hétéromorphes ; j'adopte ainsi l'opinion de Follin, à l'ouvrage duquel j'emprunterai la partie micrographique, dont j'ai pu moi-même vérifier l'exactitude dans deux cas récents.

Les éléments que l'on rencontre sont de plusieurs ordres ; ce sont :

1° Des cellules ovoïdes ou arrondies, assez petites ($\frac{1}{100}$ à $\frac{1}{60}$ de millimètre), dont la paroi celluleuse, pâle, homogène, légèrement granuleuse, renferme un ou deux noyaux.

Quelquefois on rencontre des cellules mères beaucoup plus grandes et renfermant un nombre considérable de noyaux.

2° Des noyaux qui ont de $\frac{1}{200}$ à $\frac{1}{140}$ de millimètre de longueur ; ils sont ronds d'abord, puis ovoïdes, et peuvent s'allonger considérablement, au point d'atteindre $\frac{1}{40}$ de millimètre de longueur ; dans leur intérieur se trouvent deux nucléoles punctiformes ;

3° Des corps fusiformes ou corpuscules renflés en faisceaux allongés et renfermant un nucléole. Leur largeur est de $\frac{1}{160}$ de millimètre, leur longueur de $\frac{1}{40}$ à $\frac{1}{10}$; ce sont eux qui ne manquent jamais dans les plasmomes ; dans deux cas que j'ai examinés au microscope, les tumeurs étaient entièrement composées de corps fusiformes, unis à quelques fibres fines réunies en bandes qui traversaient la tumeur ;

4° Des globes concentriques fibro-plastiques ;

5° Entre tous ces éléments, on découvre une matière amorphe

particulière dite *colloïde*. De plus, on y rencontre des vaisseaux plus ou moins nombreux suivant la nature des éléments qui prédominent, souvent des cellules graisseuses.

Si les noyaux et les cellules dominent, on aura la forme désignée sous le nom de *myxomes*, qui pourra être encore unie à des éléments colloïdes, tandis que les corps fusiformes donneront un tissu ferme et d'apparence fibroïde, comme je l'ai rencontré chez ce malade que j'ai observé à l'hôpital Cochin.

Le liquide que l'on trouve dans les kystes est amorphe et d'une couleur jaune citrin.

Étiologie.

J'arrive à la partie de mon sujet la moins bien établie. En effet, à moins de donner comme causes les généralités habituelles, nous sommes à peu près dans une complète ignorance pour ce qui regarde la formation des tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées.

Y a-t-il une cause prédisposante ? Les observations nous montrent presque toujours les parents parfaitement sains. Aucune hérédité.

Quant aux causes déterminantes, quelque soin que j'aie mis dans mes propres observations à interroger les malades, il n'est qu'un seul cas où la tumeur soit bien certainement consécutive à une chute. C'est chez la femme Dervilliers (obs. XIII).

Cette femme, marchande de café au pont des Saints-Pères, n'avait rien eu jusque-là ; elle fait une chute assez violente sur le trottoir, et quelque temps après elle voit se développer sa tumeur au point même où était l'ecchymose.

Il est bien certain qu'une chute un peu violente, la pression

constante d'un ceinturon, chez un malade de M. Larrey, ont pu être la cause déterminante de plasmomes; peut-être cela donnerait-il l'explication de la grande fréquence de ces tumeurs aux cuisses et aux jambes, comparativement au membre supérieur; mais de là à admettre comme cause constante les contusions et les pressions répétées, il y a loin. On sait, du reste, quelle est la propension des malades à rapporter à ces causes la plupart des tumeurs dont ils sont affectés. La vérité est que, le plus souvent, la maladie prend naissance sans qu'il soit possible de lui assigner une cause.

Faisons remarquer, néanmoins, que, dans les observations que je rapporte, les hommes sont en assez grande majorité, et que leur genre de travail les expose davantage aux contusions des membres.

Quelques auteurs ont remarqué que les contusions lentes, répétées, prédisposent plus que les chocs brusques au développement de ces tumeurs. Il est encore impossible d'infirmer ou d'affirmer ces assertions.

On les rencontre à tous les âges de la vie. M. le professeur Nélaton en a observé une chez un enfant de trois jours; toutefois, c'est un cas fort rare; d'ordinaire, elles se développent dans l'âge adulte; leur plus grande fréquence est comprise entre vingt et cinquante ans.

Symptômes.

Dans le paragraphe consacré à l'anatomie pathologique, nous avons décrit une partie des caractères symptomatiques des tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées. Il nous paraît néanmoins utile de revenir, en ajoutant quelques développements, sur ce que nous avons déjà dit.

Début. — Rien de variable comme le début. Ainsi nous empruntons à M. Malhéné une observation de tumeur du pied droit, dont le début remonte à quarante et un ans (obs. X). Le malade que j'ai observé à Cochin portait depuis dix ans sa tumeur; mais ces cas sont exceptionnels.

Le plus souvent, le mal remonte à un, à deux ou à trois ans. Si l'on s'en était rapporté au malade de la salle Saint-Côme, n° 25 (obs. III), on eût fixé à trois mois le début de sa tumeur, tandis que, en le poussant pour ainsi dire dans ses derniers retranchements, on arrive à cette certitude que la tumeur datait d'une époque bien plus éloignée, sa chute ayant été le seul indice qui l'ait averti de son existence.

Le plus souvent, c'est le hasard qui fait reconnaître au malade une petite tumeur, presque toujours indolente, qui s'est développée lentement.

Lent aussi est leur accroissement (quelquefois même ces productions restent stationnaires assez longtemps); mais vienne une chute sur la partie atteinte, alors on voit la tumeur s'accroître très-rapidement.

J'ai dit que ces tumeurs étaient au début presque toujours indolentes; arrivées à un certain volume, elles sont quelquefois le siége et la cause de douleurs qui peuvent aussi les faire découvrir.

A la suite d'une chute, deux cas peuvent se présenter.

1° La tumeur, après avoir été douloureuse et s'être augmentée assez vite, peut redevenir indolente et stationnaire.

2° Ou bien elle s'accroît pour ainsi dire indéfiniment et d'une manière assez rapide. C'est le cas le plus fréquent. Un bel exemple est celui de cette malade observée grâce à l'obligeance du docteur Aussanis (obs. XII), où, du volume d'un gros œuf qu'elle avait, la tumeur a augmenté en un an jusqu'aux dimensions de la tête d'un enfant à terme.

Quant à la douleur, elle est spontanée ou simplement de voisinage. La tumeur de la malade qui fait le sujet de l'obs. XII lui occasionna d'abord des douleurs dues à l'impossibilité où elle était de tenir la jambe étendue; puis, au bout d'un an, ce symptôme primitif disparaît pour faire place à des élancements ressentis dans l'épaisseur même du produit pathologique.

Ces douleurs peuvent donner lieu à un sentiment de pesanteur, ou, au contraire, être comparées à des coups de lancette, à des piqûres, etc., etc. D'autres fois, mais rarement, la palpation les détermine. D'autres fois encore (comme chez le malade de Cochin), la tumeur peut exister depuis dix ans, sans qu'aucune douleur, même légère, se soit manifestée.

Dans la plupart des cas que nous rapportons, la tumeur est lisse et fait sous la peau une saillie plus ou moins considérable, appréciable à la vue. Dans deux cas où la tumeur put être confondue avec un kyste sébacé, il n'y avait à la vue aucune saillie appréciable. Dans deux autres cas, nous voyons la tumeur bosselée, comme lobubée, et d'une consistance inégale.

D'ordinaire, cette consistance est plutôt ferme que molle; elle peut donner souvent la sensation d'une fausse fluctuation, mais jamais les fibromes superficiels n'ont la dureté des tumeurs de même nature qui naissent sur les os.

Bien rarement pédiculées, elles sont très-mobiles et peuvent être facilement déplacées; la peau n'est presque jamais adhérente; sa couleur est naturelle, surtout si la tumeur n'a aucune connexion avec les couches profondes du derme.

Il ne faut pas cependant s'en laisser trop imposer par cette mobilité des tumeurs fibro-plastiques. Elle est souvent plus apparente que réelle; surtout si, comme dans les cas que je rapporte, elles s'implantent sur l'aponévrose d'enveloppe.

La peau n'est que rarement adhérente; presque toujours alors elle est colorée, bleuâtre. Quand elle est très-distendue, on voit

des veines se dessiner à sa surface. Dans un seul cas, elle est ulcérée : dans un autre, on voit cette peau taillée comme à l'emporte-pièce, mais il y a là complication de syphilis ; enfin, un seul exemple nous la montre œdématiée.

Quant aux symptômes généraux, d'habitude ils sont nuls, et il est assez remarquable, dans une observation (obs. IX) de M. le professeur Gosselin, de voir une tumeur énorme, récidivant trois fois, ne s'accompagner ni d'amaigrissement ni de perte d'appétit. Dans d'autres cas, il y a amaigrissement que l'ablation fait rapidement disparaître.

Bien rarement les ganglions sont pris ; nous n'en rapportons que deux cas, et cet engorgement ne coïncidait pas avec les tumeurs les plus volumineuses.

TERMINAISON.

Jamais les tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées ne se terminent par résolution, et souvent, comme nous le dirons, elles récidivent même après des ablations que l'on pouvait supposer complètes. Se ramollissent-elles ? M. le professeur Broca l'admet : « La trame organique, dit-il, perd sa solidité et se dissocie par une sorte de dissolution qui paraît dépendre d'une nutrition insuffisante ou de quelque autre accident de nutrition : c'est une désorganisation, une *décadence*, comparable, jusqu'à un certain point, à celle qui fait ramollir le tubercule (1). »

Ce ramollissement serait beaucoup plus fréquent dans la forme fibro-colloïde et dans celle où la masse a un aspect en quelque sorte encéphaloïde.

Si nous considérons la récidive, nous voyons combien elle

(1) Broca, *Traité des Tumeurs*, tome Ier, page 196.

est fréquente : c'est pour ainsi dire la règle. Il ne faut pas nier, cependant, la possibilité d'une guérison parfaite, après une première ablation. Cette récidive peut n'avoir lieu qu'au bout de quelques années ; d'ailleurs, il n'est pas toujours facile de la constater, car l'on sait avec quelle facilité, à Paris, on perd de vue les opérés. Elle est d'autant plus à craindre pour les tumeurs sous-cutanées.

Dans son *Traité*, M. Broca admet deux sortes de récidives : la récidive par *répullulation*, la récidive par *continuation*. La première suppose qu'on a enlevé tous les éléments ; la seconde a lieu lorsque des parcelles de tissu ont été laissées.

Contrairement à l'opinion avancée par M. le docteur Malhéné dans sa *Thèse* inaugurale, les deux formes existent pour les tumeurs fibro-plastiques. Combien de fois n'a-t-on pas vu le chirurgien allant bien au delà des limites de la tumeur, excisant jusqu'aux muscles qui paraissaient tout à fait sains, et néanmoins la récidive arriver sur place avec une effrayante rapidité. En outre, cette disposition, cette *diathèse*, qui paraît exister dans la seconde forme, ne tend-elle pas à faire admettre, dans ces sortes de tumeurs, une malignité qui leur ferait, pour ainsi dire, côtoyer le cancer.

Assurément, il ne peut nous venir à l'esprit de mélanger ou de confondre les deux affections ; pourtant la clinique n'en établit pas moins entre elles certains points de contact, ne serait-ce que dans les récidives et dans la généralisation que l'on a si souvent constatée. Cette généralisation, dont je ne veux pas m'occuper, car elle m'éloignerait de mon sujet, est fréquente, comme on peut s'en assurer en feuilletant les *Bulletins de la Société de chirurgie* et ceux de la *Société anatomique ;* mais ce serait entrer dans l'étude des tumeurs profondes et dépasser les bornes que je me suis tracées. La récidive des tumeurs fibro-plastiques, contrairement à celle du

cancer, a rarement lieu dans les ganglions lymphatiques ; mais elle peut atteindre les organes internes. On en cite de beaux exemples dans les poumons.

Quant à l'ulcération, elle dépend surtout de causes externes, d'une chute, du frottement des vêtements, etc., ce qui n'a pas lieu pour le cancer.

Diagnostic.

Diagnostiquer une tumeur fibro-plastique n'est pas toujours chose simple ni facile ; car ces tumeurs ne présentent guère que des caractères négatifs, et c'est par exclusion que l'on arrive à préciser leur nature.

Il faudra d'abord avoir bien présents à l'esprit les caractères de forme, de siége, que nous avons énoncés en parlant des symptômes.

Une circonstance mettra assez facilement sur la voie : c'est la présence d'une tumeur aux membres inférieurs, dans le voisinage de l'articulation du genou. J'ai noté plus haut ce siége de prédilection des plasmomes sous-cutanés. Il faudra aussi faire entrer en ligne de compte la durée de l'affection et le bon état général du malade : on éloignera déjà facilement ainsi l'idée d'un cancer.

Si, de plus, le produit enlevé une première fois récidive sur place ou dans le voisinage de son premier siége ; si, dans ce cas, la peau est intacte ; si les ganglions ne sont pas pris, on aura alors toutes les probabilités en faveur d'une tumeur fibro-plastique. Il est évident, et je n'aurai pas besoin d'y insister, que la récidive de la tumeur pourra ne pas être aussi exactement sous-cutanée ; bien au contraire, plus il y a répullulation, plus il y a tendance à la connexion avec les tissus profonds du membre.

Ces réserves faites, arrivons au diagnostic.

Avec quelles tumeurs pourra-t-on confondre ces plasmomes? Avec deux genres de tumeurs : les tumeurs liquides, les tumeurs solides.

C'est surtout sur le diagnostic différentiel avec la seconde classe de produits que devra se porter l'attention du chirurgien.

La crépitation des kystes synoviaux, la forme de la tumeur dans le ganglion, ne peuvent pas induire en erreur. Les kystes hématiques présentent plus de difficultés. En effet, nous avons vu les tumeurs fibro-plastiques offrir, dans quelques cas, une certaine fluctuation, des bosselures et une assez grande tension; de plus, la coïncidence d'une chute antérieure sur le lieu où s'est développée la tumeur peut rendre l'hésitation plus grande. Nous en citons un exemple. Le cas de la femme Dervilliers, opérée la première fois par Velpeau (Obs. XIII), présentait cette indécision dans les signes; il y avait eu chute et large ecchymose au siége précis de la tumeur. Dans ce cas, une ponction exploratrice a éclairé de suite le chirurgien. C'est là, en effet, le moyen le plus précieux et le plus sûr. Croit-on (en admettant pour les abcès une difficulté quelconque) à un abcès, à un kyste hématique; la ponction avec un trocart fin, outre son innocuité, nous renseignera immédiatement. Si le liquide est jaune citrin, filant; si de plus la tumeur remonte à une époque éloignée ou s'il ne sort pas de liquide, on saura de suite qu'on a affaire à une tumeur fibro-plastique avec kystes dans le premier cas, de forme commune dans le second. Mais, encore une fois, le diagnostic est facile avec les tumeurs liquides.

Avec les tumeurs solides, au contraire, l'erreur est aisée et excusable dans certains cas. Le nombre des tumeurs que l'on peut confondre avec les plasmomes est considérable. Ce sont les lipomes, le cancer, l'enchondrome, le nevrome, les tannes et les gommes, etc.

Dans le lipome, même fausse fluctuation, même mollesse ; mais le lipome est toujours lobulé ; il n'est jamais le siége de douleurs, il n'incommode que par son poids, et si son volume est considérable, il n'a pas ces larges surfaces d'implantation ; plus il est gros, plus il tend à se pédiculer ; de plus, il est rare de le rencontrer aux membres : ce n'est pas là son siége de prédilection.

On a vu des enchondromes sous-cutanés ; mais la dureté est cartilagineuse, et, dans les tumeurs fibro-plastiques, l'on ne constate au toucher ni cette dureté ni cette sensation de petites aiguilles, comme l'a fait remarquer M. Dolbeau, à propos des enchondromes.

Le névrome est plus petit ; il est situé sur le trajet d'un nerf. Les douleurs sont atroces au plus léger contact ; il y a des fourmillements, et, en comprimant au-dessus le nerf affecté, on fait cesser la douleur. Du reste, l'ablation, qui est le mode de traitement des deux affections, redresserait bien vite l'erreur.

La difficulté augmente encore pour les fibromes ; et souvent l'ablation et l'examen anatomique mettent seuls sur la voie.

Dans certains cas, dont je rapporte deux beaux exemples (Obs. II et III), le diagnostic des tannes est bien plus difficile encore. Même indolence, même mobilité dans le tissu cellulaire sous-cutané ; même aspect normal de la peau, joint à la rareté bien grande des tumeurs fibro-plastiques de la peau ; voilà plus qu'il n'en faut pour rendre l'erreur facile.

Si, d'habitude, en effet, les kystes sébacés adhèrent à la peau par l'orifice du follicule oblitéré ; si cet orifice présente d'ordinaire un enfoncement et un point noir, dans certains cas, il sera pour ainsi dire impossible d'avoir ces signes. Dans les deux cas que je rapporte, une application de caustique de

Vienne a fait reconnaître l'erreur. En effet, si l'on a affaire à un kyste sébacé, sous l'influence du caustique, il y aura énucléation; rien, au contraire, si c'est un plasmome, et l'on procédera alors immédiatement à l'ablation avec le bistouri.

J'arrive au diagnostic avec le cancer, et je dois dire que beaucoup de chirurgiens habiles, M. le professeur Nélaton entre autres, rangent encore cette affection parmi les cancers. Je n'admets pas cette opinion, mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, dans nombre de cas, ces tumeurs manifestent une étrange malignité et une grande tendance à une sorte de diathèse fibro-plastique.

Deux signes surtout distinguent l'une de l'autre ces deux affections : l'état de la peau, l'engorgement ganglionnaire.

Dans le cancer, la peau est toujours adhérente, toujours colorée en bleu; les veines sont dilatées, les ganglions toujours pris de très-bonne heure; la tumeur est bosselée. Rien de cela n'a lieu dans la presque totalité des tumeurs fibro-plastiques : peau saine, non adhérente, sans changement de couleur, pas d'engorgement ganglionnaire, tumeur presque toujours lisse. Cependant je rapporte un cas où, les ganglions étant pris (obs. IV), la peau, adhérente à une tumeur bosselée, était rouge et sillonnée de veines nombreuses; et, pourtant à l'examen microscopique, on ne voit que du tissu fibro-plastique; mais, je le répète, ces cas sont exceptionnels.

Le cancer est toujours douloureux; ces douleurs, lancinantes, souvent atroces, n'existent pas dans les tumeurs sous-cutanées.

L'on ne voit pas non plus cette cachexie cancéreuse, cette teinte jaune paille spéciale; presque toujours la santé est bonne, l'embonpoint conservé.

La récidive est la règle dans le cancer; elle arrive rapide-

ment, fatalement, souvent dans les ganglions. Les tumeurs fibro-plastiques récidivent aussi; mais il en est qui, une fois enlevées, ne reparaissent plus, et jamais cette récidive n'a lieu dans les ganglions. C'est d'ordinaire sur place qu'elles repullulent avec opiniâtreté.

J'ai déjà dit que ces productions morbides ne s'ulcéraient pas d'elles-mêmes; que cette ulcération n'avait lieu que par suite d'un choc, par le contact des vêtements.

Rien de tout cela n'a lieu pour le cancer, dans la forme encéphaloïde surtout.

De plus, le cancer a des antécédents : il est souvent héréditaire. Les tumeurs fibro-plastiques ne présentent pas ces signes fâcheux. Du reste, le traitement est le même; il faut faire l'ablation le plus promptement possible.

Les gommes sous-cutanées sont plus difficiles à confondre ; la peau est alors rouge cuivre ; elles roulent sous cette peau , elles n'ont pas de pédicule; les antécédents fournissent des renseignements (chancre, roséole, etc., etc.). Du reste, le meilleur moyen de diagnostic est l'iodure de potassium ; si l'on a affaire à une gomme, la tumeur diminue, les symptômes s'amendent; tandis que l'iodure est sans effet sur les tumeurs fibro-plastiques.

Je ne crois pas utile d'établir le diagnostic qui différencie les tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées des tumeurs profondes; la mobilité empêche de les confondre.

Pronostic.

Le pronostic de cette affection est toujours grave. Si, d'un côté, nous voyons de ces tumeurs rester indolentes, station-

naires, pendant un temps assez long, d'un autre côté, la répullulation est très-fréquente, la récidive opiniâtre, la généralisation arrive trop souvent, et les opérations que l'on pratique pour l'ablation augmentent encore cette gravité du pronostic.

Comparée à l'ablation des fibromes profonds, l'enlèvement des tumeurs sous-cutanées est bien moins dangereux ; car il n'y a pas de vaisseaux importants intéressés, pas de voisinage d'articulation à craindre ; mais la récidive est fréquente et nécessite souvent l'amputation.

Toutefois, si l'on met en parallèle les tumeurs fibro-plastiques et le cancer, on voit la bénignité relative de ces sortes de tumeurs, qui peuvent récidiver et être opérées nombre de fois, sans que la santé générale s'en ressente.

Traitement.

Le traitement consiste à débarrasser le malade par une opération chirurgicale. Il ne faut nullement songer au traitement interne.

Comme principe, dépasser *trop*, pour ainsi dire, les limites du mal ; on a, de cette façon, surtout pour de petites tumeurs, plus de chances d'éviter la récidive.

Trois procédés peuvent être mis en usage :

1° La cautérisation ; 2° l'excision ; 3° la ligature.

Je crois qu'on doit rejeter absolument la ligature, comme tout à fait insuffisante, et le plus souvent impraticable.

Si l'on se décide pour les caustiques, il faudra donner la préférence à la pâte de Vienne ou au chlorure de zinc ; mais on ne peut employer cette méthode que pour de petites tumeurs.

Dans la plupart des cas, on devra recourir à l'excision ; l'ablation se fera avec le bistouri.

Deux incisions elliptiques, n'intéressant que la peau, circonscriront une ouverture capable de donner passage à la tumeur. On énucléera avec les doigts tout ce qu'on pourra, et les adhérences seront détruites aussi complétement que possible. Dans ce cas, il ne faut pas craindre de dépasser les limites du mal ; on évitera ainsi les récidives, qui, malgré ces précautions, se présentent, comme je l'ai dit, très-fréquemment.

La situation sous-cutanée du produit pathologique, son enkystement habituel rendent la perte de sang insignifiante.

La plaie ne doit pas être réunie par première intention ; on fait un pansement simple, ou bien un pansement à l'alcool.

Quand la tumeur est énorme, quand elle s'attache largement et profondément comme dans les récidives, on pourra imiter la conduite du professeur Verneuil (Obs. XIII), c'est-à-dire circonscrire le produit avec le galvano-cautère, combiné avec l'action de l'écraseur linéaire. On obvie de cette façon à une perte de sang, toujours grave chez un malade profondément anémié.

Enfin, il peut arriver qu'on soit forcé, pour arrêter les progrès du mal, de pratiquer l'amputation : ce moyen suprême ne met pas toujours le malade à l'abri des récidives, car le tissu embryonnaire pourra envahir le foie, le péritoine, les poumons, etc., et causer la mort.

Je terminerai en disant que les tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées, quelle que soit leur lenteur dans certains cas, sont une affection grave et qui nécessite l'emploi rapide de moyens énergiques.

DEUXIÈME PARTIE.

Observations.

Observation Ire. — *Tumeur fibro-plastique sus-aponévrotique de la jambe droite. — Extirpation.*

Mangui (Charles), 36 ans, ferblantier, demeurant à Paris, entre le 4 décembre 1867 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Dolbeau.

Tempérament lymphatique. Cet homme porte, depuis 10 ans, au milieu de la jambe, sur la face interne du tibia, une petite tumeur qui fut d'abord grosse comme un haricot. Pendant deux ans, elle n'a pas cessé de s'accroître; elle a, à l'entrée du malade à l'hôpital, le volume d'une noisette.

Comment et à la suite de quelles circonstances est-elle survenue? Nous n'en savons rien.

Cette tumeur n'a jamais fait souffrir le malade; la peau qui la recouvrait est lisse, bien tendue, sans changement de couleur. Jamais elle ne s'était ulcérée. J'ignore si elle était mobile. Pas de ganglions engorgés.

Dans les premiers jours de mai 1867, Mangui contracte un chancre induré, et, vers la fin de ce mois, il s'aperçoit que sa tumeur s'enflamme; la peau rougit et s'ulcère.

Peu de suppuration; il se forme de suite une petite croûte très-facile à enlever.

Sept mois après, accidents secondaires qui décident Mangui à demander des soins à l'hôpital du Midi, d'où on le dirige sur Cochin.

La tumeur, du diamètre de 1 centimère en tous sens, offre à peu près le volume d'une noisette ou d'un petit gland; tout autour, la

peau, enlevée comme à l'emporte-pièce, entoure la tumeur comme une collerette. Les bords en sont médiocrement rouges.

Le petit champignon, assez ferme, est recouvert d'une croûte mince, facile à enlever, laissant à découvert la tumeur, qui est d'un blanc rosé.

Pas d'induration; point de ganglions engorgés.

Le 5, M. Dolbeau cerne la tumeur entre deux incisions elliptiques. Perte de sang insignifiante.

Une partie s'énuclée facilement; l'autre adhère à l'aponévrose jambière, qu'on ne fut pas obligé de reséquer.

Pour pansement, charpie trempée dans l'eau alcoolisée. Traitement antisyphilitique.

Le 8, un peu de rougeur de la plaie. Inflammation calmée par des cataplasmes.

Le 31 décembre, la cicatrisation avance de plus en plus.

Examen anatomique.—La tumeur a la forme d'un gland dont la base aplatie prend naissance dans le tissu cellulaire sous-cutané; elle est terme et se coupe difficilement.

Son aspect est fibreux; des tractus également fibreux vont se perdre dans la face profonde du derme.

Structure micrographique.— Une tranche mince, examinée avec un grossissement de 400 diamètres, nous montre qu'elle est formée de corps fusiformes, réunis en amas, présentant en largeur $\frac{1}{180}$ de millimètre et $\frac{1}{40}$ de millimètre en longueur.

Quelques rares cellules ovoïdes avec nucléoles et des bandes de fibres fines, qui traversent la tumeur.

Rien d'anormal dans la peau.

Obs. II. — *Tumeur fibro-plastique de l'avant-bras gauche simulant un kyste sébacé. — Extirpation. — Guérison.* (Service de M. Dolbeau, suppléant le professeur Jobert, de Lamballe; n° 11, salle Saint-Maurice.)

Fille de 25 ans, non réglée très-bien portante. En 1865, elle vient consulter pour une tumeur du volume d'une petite noisette qui

occupe le tiers supérieur de l'avant-bras gauche. Il y a six mois qu'elle s'est aperçue de la tumeur en faisant sa toilette. Depuis cette époque, la grosseur a pris du développement, et surtout est devenue le siége de quelques élancements passagers.

L'examen de la région malade ne permet de constater aucune déformation appréciable ; ce n'est que par la palpation que l'on reconnaît une petite masse située immédiatement sous les téguments.

Peau absolument saine ; mais il est évident qu'elle adhère par sa face profonde à la production pathologique sous-jacente.

La consistance n'est pas trop considérable, quoique ce soit évidemment une tumeur solide ; aucune adhérence ne la rattache au tissu plus profond. Pas d'engorgement ganglionnaire.

La consistance demi-solide, une sorte de fausse fluctuation et surout l'adhérence à la peau, font supposer qu'il s'agit là d'un follicule sébacé, qui s'est développé à la face profonde du derme. Aussi diagnostique-t-on une tumeur sébacée.

On applique une couche de caustique de Vienne, ayant pour but de permettre l'énucléation du kyste.

Plusieurs jours se passent ; l'eschare tombée, il devient visible qu'il ne s'agit point d'un kyste, mais bien d'une masse solide.

La consistance n'étant pas suffisante pour faire admettre un fibrome sous-cutané, on se rattache à l'idée d'une tumeur fibro-colloïde, et l'extirpation est faite séance tenante.

L'examen microscopiqne a confirmé de tout point ce dernier diagnostic. La tumeur se présentait avec l'apparence d'une masse parfaitement circonscrite, et la coupe offrait l'aspect gélatineux propre aux tumeurs colloïdes.

Guérison parfaite. Pas de récidive deux ans après.

Obs. III. — *Tumeur fibro-colloïde de la fesse droite simulant une tumeur sébacée.* (Hôtel-Dieu, 1866. Service de M. Dolbeau, suppléant le professeur Jobert, de Lamballe.)

En 1866 entre à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Côme, 25) un peintre en bâtiments, âgé de 33 ans, portant à la fesse droite une tumeur u a voisinage du pli fessier. Si l'on en croit cet homme, sa maladie

ne daterait que de trois mois et serait la conséquence d'une chute faite sur le siége d'une hauteur de quelques pieds.

En le faisant préciser davantage, on arrive à cette conviction qu'elle existait au moment de l'accident, et que la chute lui a permis de constater la présence du produit pathologique.

La tumeur a grossi de moitié en trois mois, et n'est le siége d'aucune douleur; elle gêne seulement le malade quand il reste trop longtemps assis.

Cette tumeur a le volume d'un petit œuf de poule; elle est tout à fait lisse et sans bosselures; elle jouit d'une mobilité absolue sur l'aponévrose. Son siége est le tissu cellulaire sous-cutané.

La peau qui la recouvre est saine; mais il n'est pas douteux que le derme soit adhérent à la partie correspondante de la tumeur. Fort indolente, sa consistance est celle de la fausse fluctuation. Aussi cette consistance fait-elle hésiter entre un kyste et un lipome; mais l'absence de lobules fait rejeter l'idée d'une tumeur graisseuse, tandis que les adhérences des téguments font supposer qu'il s'agit là d'un gros kyste sébacé. Tel fut le diagnostic.

Après avoir vainement tenté d'ouvrir la cavité du kyste avec la pâte de Vienne, on se décide à l'extirpation au moyen du bistouri.

Cette opération fut assez longue, à cause du tissu graisseux fort abondant de cette région. Il fallut aller jusqu'à l'aponévrose fessière qui fut mise à nu dans une notable étendue.

Examen de la tumeur. — Produit parfaitement enkysté par une coque fibreuse, simulant la coque d'un ganglion lympathique : la coupe fait voir une surface bombée, d'un jaune rosé et d'aspect gélatineux.

L'examen microscopique démontre que la tumeur est constituée par une accumulation d'éléments fusiformes.

Pansement à l'alcool. Guérison.

Je dois à l'obligeance de M. le docteur Besnier, ancien interne des hôpitaux, les notes qui m'ont servi à rédiger les deux observations suivantes :

Obs. IV. — *Tumeur fibro-plastique du mollet.* (Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 1; service de M. Dolbeau.)

Il s'agit d'un homme âgé de 69 ans, qui entre à l'hôpital pour une tumeur assez volumineuse située à la partie antérieure de la jambe gauche. Cette tumeur, qui ne date que de six mois, ressemble comme poids et comme volume à un gros œuf ayant une face aplatie.

Coloration violacée, adhérence des téguments. La tumeur, bosselée, est placée à côté du tibia, mais ne provient pas de cet os. La mobilité en est telle qu'on a de suite la certitude qu'il n'y a pas de point de contact avec le tibia.

Cette tumeur augmente assez rapidement de volume et est assez fréquemment le siége d'hémorrhagies.

La jambe est œdématiée et le malade se plaint de douleurs assez vives, qui n'existent que depuis l'infiltration du membre. Cette infiltration tient à la compression des veines; il y a, en outre, tendance au ramollissement et à l'ulcération.

Les ganglions inguinaux sont très-volumineux.

L'âge du malade, l'augmentation rapide, l'aspect violet et bosselé de la tumeur, sa mobilité, l'engorgement ganglionnaire, font diagnostiquer à M. Dolbeau une tumeur de mauvaise nature, dont le siége est dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La bonne santé du malade, l'accroissement rapide du produit pathologique, les hémorrhagies, l'œdème qu'il cause indiquaient formellement l'opération. On trouve la tumeur adhérente à l'aponévrose jambière.

Pansement à l'alcool. Cicatrisation rapide. On trouve la tumeur formée par du tissu fibro-plastique très-vasculaire.

Un mois après, récidive dans la cicatrice. Application énergique de pâte de Vienne; malgré cela, nouvelle récidive.

A l'annonce d'une troisième opération, le malade, très-pusillanime meurt sans qu'on puisse déterminer la cause de sa mort.

Obs. V. — *Tumeur fibro-plastique du pli de l'aine.* (Hôtel-Dieu, 1866; service de M. Dolbeau, suppléant M. le professeur Jobert, de Lamballe.)

Il s'agit d'un homme de 70 ans, qui s'aperçut, il y a trois ans, qu'une tumeur du volume d'un petit clou existait au milieu du pli de l'aine, sans qu'il soit possible de connaître son siége certain.

Elle est du volume d'un boulet de 40. Elle est au niveau du pli de l'aine et descend à six travers de doigt au-dessous. En dedans, elle va jusqu'à la base de la verge; sa limite externe est l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La saillie est énorme; les téguments sont rouges, violacés, ulcérés en deux points. Très-bosselée, elle est légèrement fluctuante et est molle en un point, solide en un autre.

On diagnostique un cancer à marche lente, dont le siége est sous la peau, qui n'est altérée que secondairement. Le cancer débute trop rarement par les ganglions pour que l'on ait affaire à une adénite cancéreuse. La mobilité au devant de l'épine iliaque et du pubis éloigne l'idée d'une origine osseuse; c'est donc une tumeur née dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais adhérente à l'aponévrose.

Elle n'a que des connexions médiates avec les vaisseaux, qui probablement passent derrière; il n'y a pas d'œdème.

L'état cachectique du malade augmente encore la gravité de l'ablation; mais, s'il y avait hémorrhagie ou aggravation, cette ablation devrait être tentée.

J'ai extrait des *Mémoires de la Société Biologique* (IIe série, tome II) les deux faits qui suivent. Ils ont été tirés du Mémoire de M. le professeur Verneuil, publié en 1855.

Les observations VIII, IX, X et XI sont empruntées à la *Thèse* de M. le docteur Malhéné (*Thèses* de Paris, 1866).

Obs. VI. — *Fibrome mou hémorrhagique de la pulpe du doigt. Amputation.* (Service de M. Denonvilliers, décembre 1854.)

Je rapporte sans l'analyser cette observation, qui est la seule que j'aie rencontrée de tumeur fibro-plastique du membre supérieur.

Gonflement considérable de l'extrémité d'un doigt, au niveau de la face palmaire de la dernière phalange. Ulcération ou perforation assez étendue, à travers laquelle fait saillie une masse fongueuse d'apparence charnue et vasculaire. On croit à une tumeur de mauvaise nature de la phalange, et on pratique l'amputation.

La dissection montre que la tumeur reposait sur la face antérieure de l'extrémité supérieure de la phalangette et sur le tendon fléchisseur, mais que l'os, le tendon et l'articulation étaient sains.

Anatomie pathologique. — La masse morbide a le volume d'une grosse noisette; elle adhère peu aux tissus circonvoisins; elle a ulcéré, par pression de dedans en dehors, le tégument, qui est enflammé et vasculaire autour de la perforation. Elle est lobulée, à surface assez lisse, mais non enveloppée d'une couche fibreuse distincte. Consistance assez molle, un peu friable, coloration d'un blanc rosé en certains points, rougeâtre près de la peau, brune et sanieuse dans le point exposé à l'extérieur; çà et là, dans l'épaisseur même du tissu, foyers hémorrhagiques de 1 à 3 millimètres de diamètre, formant des sortes de cavités qui renferment du sang à divers états ou de la sérosité sanguinolente, épaisse et visqueuse. Les plus anciennes de ces cavités ont les parois colorées en jaune foncé, comme les foyers apoplectiques cérébraux anciens.

Examen microscopique. — Noyaux et cellules fibro-plastiques, arrondis ou ovoïdes, mélangés de corps et de cellules à noyaux fusiformes. Ces éléments, peu cohérents, sont rassemblés en faisceaux ou en colonnes juxtaposées. — Globules sanguins à divers états d'altération.

Granulations graisseuses libres ou infiltrant les élément fibro-plastiques. — Vaisseaux assez nombreux.

Obs. VII.— *Fibro-lipome dermique diffus de la région du mollet* (1).

Martinet (Arthur), vingt mois, entre à l'Hôpital des Enfants (salle Saint-Côme, 14), le 6 août 1855.

Les parents rapportent qu'à la naissance, cet enfant présentait à la partie postérieure et interne de la jambe une tumeur grosse comme le bout du petit doigt, assez dure, mobile sous la peau, sans *changement de couleur à la surface;* accroissement insensible de la tumeur, qui devient comme une petite figue.

Ni fluctuation, ni rénitence, ni douleur au toucher; elle diminue un peu par la pression, et présente une coloration plus foncée que les parties environnantes.

Frictions sans succès avec pommade iodurée. Des aiguilles rougies à blanc et enfoncées dans la tumeur, la compression, n'arrêtent pas son développement progressif.

Le 27 décembre, M. Guersant cerne la tumeur entre deux incisions elliptiques, et réunit la plaie par première intention au moyen de la suture.

A l'examen, on trouve la face profonde du derme se continuant avec la tumeur; le derme lui-même épaissi.

Le tissu de la circonférence se perd sans démarcation dans le tissu cellulaire sous-cutané. La tumeur se compose de graisse, d'éléments fibro-plastiques, de vaisseaux et de filets nerveux.

Obs. VIII. — *Tumeur fibro-plastique colloïde, volumineuse, du creux du jarret. — Ablation. — Hémorrhagie consécutive par ulcération de l'artère. — Mort.*

Le nommé J., tailleur, entre à la Pitié le 13 mars 1855. 35 ans. Il n'a jamais fait de maladies. Bons antécédents de famille.

Le 15 mai 1864, il ressentit dans le creux poplité droit une douleur

(1) Je conserve avec intention le titre sous lequel l'observation a été publiée

subite qu'il compare à un pincement. Peu de jours après, il constata l'existence d'une petite tumeur dans le même endroit. Bientôt cette tumeur grossit de plus en plus, sans lui faire éprouver de douleur; elle le gênait un peu par son volume. Cautères, vésicatoires, rien ne la fit diminuer. En février 1865, M. Nélaton lui offre de lui amputer la cuisse.

Il n'y consent pas d'abord; mais, effrayé de voir les progrès rapides que fait sa maladie, il se décide à entrer à la Pitié dans le service de M. Gosselin.

Etat actuel. — Son état général est bon; il n'a pas maigri; il a conservé ses forces; sa physionomie n'est pas altérée; il mange bien et dort bien.

On trouve une tumeur ovoïde située à la partie postéro-inférieure de la cuisse. Cette masse s'étend surtout vers la partie interne; de consistance inégale, elle présente des bosselures nombreuses; vers la partie inférieure, on a la sensation de fluctuation.

Sa hauteur est de 24 centimètres. La circonférence de la cuisse, au point où la tumeur a le plus de développement, égale 66 centimètres.

La peau qui la recouvre ne présente avec elle aucune adhérence; les veines superficielles ont pris un développement considérable. La jambe et le pied sont légèrement œdématiés; la sensibilité de ces parties n'est nullement modifiée.

Mobilité de la tumeur à sa partie profonde.

Le 25 mars, ablation. La partie supérieure et externe s'énuclée assez facilement; mais on ne peut extraire ce qui en reste, particulièrement à la partie inférieure, qu'après l'excision avec les ciseaux de quelques brides de tissu cellulaire. Les vaisseaux poplités, refoulés par la tumeur, sont complétement oblitérés, la circulation se fait par des artères collatérales. Les deux bouts de l'artère et de la veine sont liés au-dessus et au-dessous. Pas d'adhérences à la capsule articulaire.

En disséquant la tumeur, on la trouve lobulée; une coque fibreuse assez résistante l'enveloppe de toutes parts, et envoie des prolongements à l'intérieur; couleur rougeâtre à l'extérieur, et jaune par places. Poids, 3 kilogrammes.

A la coupe, on trouve des lobes d'un jaune pâle, opaques, d'autres

sont transparents. Beaucoup de lobes ressemblent à de la matière gélatineuse colloïde.

Par places, le tissu est infiltré de sang et coloré plus ou moins fortement en rouge.

Examen microscopique fait par M. Nicaise. — La masse est formée par une substance intercellulaire abondante, transparente, présentant un aspect strié fibrillaire.

Quelques noyaux embryoplastiques, granuleux, rares, de volume variable. On trouve aussi des noyaux de même nature plus volumineux et remplis de granulations graisseuses, abondantes. Ces noyaux constituent l'élément prédominant de la tumeur. On trouve quelques cellules fusiformes et une assez grande quantité de substance colloïde.

Les suites de l'opération furent d'abord très-heureuses, et le malade reprenait des forces, lorsque, le 6 avril, il mourut d'une syncope à la suite d'une hémorrhagie considérable qui s'était faite par une ulcération de la fémorale, non loin de la ligature.

Le malade, nous avons omis de le dire, portait un ganglion engorgé dans l'aine du côté malade. A l'autopsie, ce ganglion fut examiné, et on ne rencontra dans son tissu aucun des éléments que l'on avait trouvés dans la tumeur du creux poplité.

On trouva dans l'artère une ulcération tout près de la ligature, ulcération qui avait causé l'hémorrhagie.

Obs. IX. — *Tumeur fibro-plastique de la partie supérieure de la cuisse gauche. — Récidive sur place. — Trois opérations après récidive sur place. — Conservation d'un bon état de santé générale.*

La nommée G. (Céleste), femme B., âgée de 39 ans, lingère, entre à Beaujon, dans le service de M. Gosselin, le 24 décembre 1859. Elle présente, à la partie antéro-supérieure de la cuisse gauche, une tumeur considérable et extrêmement douloureuse.

Depuis très-longtemps, quinze ans environ, elle souffre dans cette région. En 1855, elle est entrée dans le même service pour des dou-

leurs que l'on a traitées comme des douleurs ostéocopes; à cette époque, elle présentait à la partie supérieure de la cuisse gauche une tumeur du volume d'un gros œuf, qui, sous l'influence de l'iodure de potassium, disparut presque complétement au bout de quelques semaines. Cette tumeur était très-douloureuse, et quoique considérablement diminuée, elle fit encore souffrir la malade pendant plusieurs mois.

Au bout de janvier de cette année, elle s'aperçut qu'une nouvelle tumeur venait faire saillie à la région crurale antérieure gauche. Un médecin consulté par elle la soumit à l'iodure de potassium, qu'elle prit pendant sept mois consécutifs. Cette médication n'arrêta nullement la marche de l'affection, et, il y a deux mois, la tumeur passait de la grosseur d'une noix, qu'elle avait auparavant, à celle d'un gros œuf de dinde. Les douleurs s'accroissent tous les jours, et les calmants de toute sorte sont inefficaces. Peau saine à la surface.

État général excellent; la malade n'a pas maigri, n'a pas perdu l'appétit; elle offre toutes les apparences d'un embonpoint considérable.

La tumeur fut enlevée le 26 décembre 1859; elle n'avait aucune adhérence vers les parties circonvoisines et put être énucléée facilement avec les doigts. A l'œil nu, elle offrait l'aspect encéphaloïde sans kyste, et au microscope elle était constituée par des éléments fibroplastiques nombreux.

La malade guérit parfaitement. Elle revint le 4 avril 1860 à la consultation : la cicatrice offrait une sensibilité excessive à la moindre pression, sensibilité tout à fait analogue à celle dont la tumeur était le siége avant l'opération.

Elle se décide à rentrer dans le service de M. Gosselin, le 18 avril 1861.

La malade a remarqué, vers le milieu du mois de novembre 1860, que la tumeur se reproduisait, et elle vient aujourd'hui réclamer une nouvelle opération, qui ne fut pas pratiquée à cause du grand nombre d'érysipèles qui régnaient alors dans les salles.

Elle revient aujourd'hui, 14 juin 1861. La tumeur a triplé de volume depuis le mois d'avril; elle s'est étendue beaucoup vers l'artère crurale, qu'elle recouvre, mais à laquelle elle ne semble point adhérer; comme la première fois, elle est parfaitement mobile, elle est peu

douloureuse, sauf toutefois dans un point limité de la cicatrice, où la moindre pression, le simple frottement de la chemise excitent des douleurs vives et semblables à celles dont la première tumeur était le siége, précisément au même endroit. La peau qui la recouvre est saine, non adhérente ; les veines sous-cutanées sont notablement dilatées. Ajoutons que la tumeur est, comme la première fois, le siége de douleurs spontanées qui reviennent à intervalles irréguliers par accès de deux à trois heures; ces douleurs s'irradient jusqu'au genou.

L'opération fut pratiquée le lundi 17 juin; la tumeur, recouverte par l'aponévrose crurale, reposant sur les muscles de la cuisse, est composée par une vaste poche kystique à parois épaisses, assez lisse à l'extérieur, mais fongueuse et tomenteuse à l'intérieur et simulant une masse encéphaloïde. Le kyste, ouvert par le premier coup de bistouri, a donné une issue à une grande quantité de liquide sanguin.

Samedi 13 juillet, la malade retourne chez elle; la cicatrisation est presque complète.

En 1864, cette malade revint de nouveau dans le service de M. Gosselin, à la Pitié. Elle portait alors à la cuisse gauche une tumeur grosse comme une noisette, mais très-douloureuse et placée à la partie inférieure de la cicatrice résultant des deux premières ablations, en 1859 et 1861.

Nouvelle ablation. Guérison. Sortie le 25 juin 1864.

Plusieurs fois j'ai vu depuis cette malade, qui venait à la consultation de M. Gosselin, et chaque fois j'ai été frappé de l'état de santé florissante dans lequel elle se trouvait. M. Gosselin ne manquait jamais de faire remarquer aux assistants l'intégrité de la santé générale de cette malade. En 1865 encore je la vis : elle se portait très-bien, n'éprouvant aucune douleur; jamais, en un mot, on n'aurait pensé que cette malade avait subi trois opérations pour la même affection qui avait récidivé.

Obs. X. — *Tumeur fibro-plastique enkystée du pied droit simulant un lipome.*

La nommée R., âgée de 55 ans, entre, le 19 mars 1866, dans le service de M. Gosselin, à la Pitié. Cette femme présente au pied droit une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, siégeant entre le deuxième et le troisième orteil.

Étalée à la face dorsale du pied sur une étendue de 6 centimètres dans le sens antéro-postérieur et de 4 centimètres dans le sens latéral, cette tumeur est saillante, lobulée, à contours irréguliers, embrasse la base des deuxième et troisième orteils et proémine dans leur interstice. Du reste, la peau n'est nullement adhérente; si on la pince, on constate qu'elle glisse avec la plus grande facilité sur la tumeur située au-dessous d'elle. Cette peau a conservé dans toute son intégrité une couleur rosée; à la partie interne, quelques capillaires veineux qui sont comme variqueux.

A la palpation, on perçoit une mollesse assez grande, mais sans élasticité. La tumeur n'est pas adhérente aux os ni aux organes sous-jacents; du moins elle est assez mobile sur les parties profondes pour qu'on puisse croire qu'elle n'a avec elles aucune connexion.

Vue par la partie plantaire, elle offre une saillie pour ainsi dire insignifiante, que l'on pourrait attribuer à l'épaississement dont l'épiderme est toujours le siége en cette région; seulement deux cors plantaires du diamètre d'une lentille environ sont situés au niveau de chacune des deux articulations métatarso-phalangiennes entre lesquelles est placée la tumeur. Celle-ci est, du reste, parfaitement indolente; ce n'est, comme nous le verrons bientôt, qu'après la marche qu'elle devient le siége de douleurs. Les ganglions lympathiques de la région inguinale correspondante ne présentent ni l'hypertrophie ni l'induration.

La malade a joui jusqu'ici d'une très-bonne santé.

A l'âge de 15 ans, *il y a quarante et un ans* par conséquent, elle a pour la première fois aperçu dans l'interstice des deuxième et troisième orteils une grosseur du volume d'une noisette et indolente

Les progrès furent d'abord d'une très-grande lenteur; car, après un espace de trente-six années, la tumeur n'était guère grosse que comme une petite noix, la malade avait alors 53 ans.

Puis, à partir de cette époque, les progrès en devinrent plus rapides; depuis six mois surtout la peau changea de coloration et devint bleuâtre en certains points; la marche fut bientôt difficile, puis impossible; puis survinrent des douleurs lancinantes. Malgré cette marche rapide, après une période pour ainsi dire stationnaire pendant des années, la santé de la malade n'éprouva aucune altération.

Une incision cruciale permit de l'énucléer facilement.

Elle ne présentait nulle part des adhérences avec les parties environnantes.

A l'examen anatomique, la tumeur présente un aspect mollasse; son apparence est gélatineuse, sa forme est à peu près celle d'un rein situé de champ, dont le hile serait dirigé vers la partie inférieure.

Incisée longitudinalement, cette tumeur présente au centre une masse d'un gris foncé, friable, d'apparence gélatineuse, rougeâtre en certains points, sans vaisseaux apparents.

A l'examen microscopique, on a trouvé :

1° Beaucoup de cellules fusiformes à gros noyaux granuleux et plusieurs nucléoles;

2° Des fibres de tissu conjonctif, surtout à la périphérie, avec quelques globules graisseux;

3° Très-peu de noyaux isolés.

Obs. XI. — *Tumeur fibro-plastique, cylindroïde et allongée, de la partie interne du genou gauche. — Ablation. — Guérison.*

Le nommé M., âgé de 33 ans, employé, entre chez M. Gosselin, à la Pitié, salle Saint-Jean, le 3 décembre 1862.

Cet homme, quoique d'une taille élevée, paraît être d'une constitution assez délicate; il s'est toujours bien porté, dit-il, excepté depuis trois semaines qu'il a un peu pâli et maigri, ce qu'il attribue à un surcroît d'ouvrage qu'il a eu depuis un mois.

Il n'a jamais fait de maladie; il a deux bubons qu'il croit vénériens; ses antécédents de famille sont très-bons; il a encore tous ses parents.

Cet homme raconte que, il y a deux ans, il s'aperçut qu'il avait en dedans du genou gauche une petite grosseur du volume d'un pois environ; elle ne lui causait aucune douleur; il la vit par hasard.

Cette tumeur s'accrut lentement pendant une année, lorsque, il y a dix à onze mois environ, elle prit subitement un accroissement rapide, tout en restant indolente, et présenta bientôt le volume que nous lui voyons aujourd'hui. Cet homme n'avait remarqué aucune altération dans sa santé et avait continué ses travaux comme auparavant.

Samedi dernier 30 septembre, il commença pour la première fois à ressentir dans cette partie des douleurs assez violentes, douleurs aiguës et que le malade compare à des coups de lancette. Le soir, en retirant le linge qui l'enveloppait, le sommet de la tumeur était excorié et donna issue à une assez grande quantité de sang. A partir de ce moment, la tumeur, excoriée à son sommet, commença à suppurer, et le malade ressentit presque constamment les douleurs lancinantes dont nous avons parlé plus haut, et qui sont quelquefois assez vives pour l'empêcher de dormir la nuit.

A la visite du 4 décembre, voici ce que l'on constate : à la partie interne du genou gauche, au niveau de la partie moyenne du condyle interne du fémur, s'élève, perpendiculairement à la surface sur laquelle elle est implantée, une tumeur cylindroïde ressemblant à un pénis, et présentant une hauteur de 5 à 6 centimètres sur 2 à 3 environ de diamètre. Cette tumeur est excoriée à sa partie supérieure, qui présente un aspect fongueux inégal et rougeâtre; elle est recouverte sur le reste de son étendue par de la peau présentant une coloration rougeâtre et qui lui est intimement adhérente par sa face profonde. Le pédicule de la tumeur ne présente pas de rétrécissement, il est remarquable par son peu d'adhérence aux parties sous-jacentes et par la facilité avec laquelle on le fait glisser de tous les côtés.

La palpation fait constater que cette partie de la tumeur est molle et n'offre que peu de résistance; les autres points, au contraire, présentent une consistance modérée qui n'est ni la dureté de l'enchondrome ni la mollesse du kyste. Elle est très-douloureuse à la pression, excepté pourtant au niveau de son pédicule. Les ganglions de

l'aine gauche sont légèrement hypertrophiés, sans cependant être douloureux.

Ablation de la tumeur.

Examen anatomique. — Abandonnée immédiatement pendant quelques minutes dans une compresse, cette tumeur a laissé écouler une faible quantité de sang. Elle ne paraît pas avoir perdu de ses dimensions; aucun des lobules qu'on remarque sur la section de la base n'a été intéressé par le bistouri; l'extraction a donc été complète.

La coupe, suivant son grand diamètre, la montre formée par une série de lobules. Ces lobules sont séparés les uns des autres par un stroma fibro-vasculaire peu abondant qui se continue directement avec les couches profondes du derme aminci. Une substance gélatineuse translucide et entremêlée de tractus blanchâtres constitue ces lobules. Leur volume varie entre celui d'une noisette et celui d'une noix. Toute cette masse renferme peu de vaisseaux. Pourtant, en un point voisin de la base de la tumeur, la vascularisation est assez abondante; on y distingue quelques taches ecchymotiques.

En raclant avec un scalpel la surface de section, on n'obtient pas de suc, mais on enlève une certaine quantité de matière colloïde épaisse et transparente.

Au microscope, le stroma est formé par des faisceaux irréguliers de tissu conjonctif reliés par quelques fibres élastiques; on y rencontre aussi des vaisseaux sanguins de petit calibre. On trouve dans les lobules des éléments analogues; seulement le tissu élastique y prédomine et les mailles qu'il forme contiennent la substance gélatineuse dont il a été question. Cette substance, examinée à l'aide de plusieurs grossissements et sans le secours d'aucun réactif, ne paraît pas contenir d'éléments anatomiques bien distincts. Mais, en la malaxant avec un peu d'eau et une faible proportion d'acide chromique, on colore les cellules et les noyaux, et on peut alors distinguer d'une manière très-nette des cellules et de nombreux noyaux libres.

De ces cellules, les unes appartiennent à la variété fibro-plastique, tandis que les autres sont variées de formes et de dimensions: certaines d'entre elles renferment des noyaux multiples. Quant aux noyaux, on ne saurait voir une polymorphie plus évidente. Les uns

sont régulièrement ovoïdes (fibro-plastiques), les autres sont sphériques, réguliers ou irréguliers. Le volume de ces noyaux est celui des globules sanguins.

Le 24 décembre, le malade sort guéri.

Obs. XII. — *Tumeur fibro-plastique de la partie postérieure de la cuisse droite.* (Observation recueillie le 17 décembre 1867.)

Mme X., 32 ans, sans profession, rue notre Dame-des-Victoires, 30; d'un tempérament lymphatique, ayant eu quelques granulations au col de l'utérus que la cautérisation a fait disparaître. Pas d'antécédents.

Il y a deux ans, cette malade s'aperçut qu'elle ne pouvait tenir sa jambe étendue; il lui fallait un petit banc pour la soutenir; cela tenait à une petite tumeur, dont elle ne peut pas bien indiquer le volume, et qui était située à la partie médiane de la région postérieure de la cuisse droite. Elle ne s'en préoccupa pas davantage.

M. le docteur Aussanis, à l'obligeance duquel je dois d'avoir observé cette malade, constata la présence d'une tumeur du volume du poing, très-mobile, qu'on eût pu prendre pour un lipome; la peau était lisse, bien naturelle et mobile sur la tumeur, qui n'avait jamais été douloureuse. Pas de ganglions engorgés.

A la suite d'une couche, la malade eut un engorgement au sein qui disparut complétement. Elle ne se souvient pas d'avoir reçu un coup sur la partie de la cuisse devenue le siége de la tumeur.

Pendant un an, cette tumeur grossit lentement et fut le siége de quelques élancements; la malade se plaint d'avoir maigri depuis quelque temps, surtout des deux jambes.

Il y a un mois, M. le professeur Verneuil, appelé en consultation, constate la présence d'une tumeur sphérique, régulière, du volume de la tête d'un enfant. Elle occupe toute la région postérieure et un peu interne de la cuisse gauche. Elle s'étend depuis le pli fessier jusqu'au creux du jarret. Elle est parfaitement limitée, peu mobile actuellement et présente comme une fausse fluctuation; la peau saine, non adhérente, présente quelques petites veines développées à sa partie centrale.

D'après la marche, la forme et la consistance de la tumeur, M. le professeur Verneuil diagnostique une tumeur fibro-plastique sous-cutanée et décide la malade à entrer à l'hôpital, où il doit l'en débarrasser.

Je dois à l'obligeance du docteur de Montfumat la première partie de l'observation suivante :

Obs. XIII. — *Tumeur fibro-plastique de la région fessière gauche. — Première ablation par Velpeau.— Récidive.— Deuxième ablation par M. le professeur Verneuil, au moyen du galvano-cautère et de l'écraseur linéaire. — Guérison.*

Élisa Petit, femme Dervilliers, âgée de 44 ans, marchande ambulante, est entrée le 9 mars 1864 à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Catherine, 19, service de Velpeau).

Cette malade présente, sous la région fessière et la partie supérieure de la cuisse du côté gauche, une tumeur grosse comme la tête d'un adulte. Bosselée, indolente, de consistance variable dans les bosselures, les unes sont dures, les autres molles, fongueuses, fluctuantes. Cette tumeur est située immédiatement sous la peau, qui ne présente aucune altération, sauf qu'elle est un peu distendue et sillonnée de quelques veines variqueuses.

La tumeur se déplace suffisamment pour que l'on puisse s'assurer qu'il n'y a pas de pédicule, pas de racines profondes qui la rattachent au squelette.

Le début remonte à cinq ans. La malade raconte qu'elle fit une chute; elle tomba sur la fesse gauche; une forte ecchymose s'ensuivit; elle n'y fit aucune attention; mais, quelque temps après, elle remarqua en ce point une petite grosseur.

Depuis cette époque, la tumeur n'a fait que croître sans s'accompagner de douleurs, et la santé de la malade ne s'en est pas ressentie. La gêne seule occasionnée par une telle masse l'a décidée à venir réclamer le secours de la chirurgie.

Velpeau, pensant que la tumeur pouvait renfermer des kystes au niveau des bosselures fluctuantes, fait trois ponctions exploratrices

avec un très-petit trocart; mais aucun liquide anormal n'est expulsé : il ne s'échappe de la canule du trocart que quelques gouttes de sang.

Velpeau se décide à faire l'ablation de la tumeur qui, pour lui, n'est qu'une tumeur fibro-plastique.

L'opération est faite, le 24 mai, avec le bistouri. Deux incisions, l'une courbe supérieure, l'autre rectiligne inférieure rejoignant la première, permettent la dissection et l'énucléation de la masse fibro-plastique. Il n'en est pas resté une parcelle ; la plaie est énorme.

Examen anatomique.— La production pathologique, vue à l'œil nu, se compose de bosselures concrètes, mais de densités variables. Sur quelques points, on dirait de la gelée de pomme ; sur d'autres des pelotons de sang caillé. Son poids est de 3 kilogr. 500.

Voici le résultat de l'examen microscopique fait par M. le professeur Robin : « Hypertrophie simple du tissu cellulaire ressemblant parfaitement au tissu cellulaire de l'embryon. La tumeur présente sur plusieurs points des altérations analogues à l'altération *phymatoïde* du testicule et de la mamelle. »

Les suites de l'opération ont été des plus simples : la plaie a été bourrée de charpie, on a mis quelques serre-fines et recouvert le tout d'un linge cératé. De temps en temps, il a fallu exciter les bourgeons charnus, soit avec le quinquina, soit avec l'eau-de-vie camphrée. Enfin cette plaie énorme a fini par se combler ; la cicatrisation s'es faite, et la malade est sortie le 7 juillet 1864, ne présentant qu'un espace de 2 centimètres de long sur 1 de large, où la cicatrice réclamait quelques jours encore pour être définitive.

Environ onze mois après, la femme Dervilliers s'aperçut qu'il existait dans l'angle inférieur de la plaie une petite tumeur grosse comme un œuf de poule et qui s'accrut très-rapidement. La malade, après avoir été consulter divers médecins qui lui firent appliquer de la teinture d'iode, etc., etc., alla trouver un berger, berger pédicure et guérisseur universel, qui lui offrit d'entreprendre sa cure. Il lui fit sur la tumeur trois applications d'acide sulfurique assez concentré, liquide qu'il appelait un suc d'herbes, et qui causa d'affreuses douleurs à la femme Dervilliers. Sous leur influence, la tumeur prit un développement énorme, et la malade fut abandonnée par son berger qu'elle attaqua en justice.

Elle se décida à entrer à l'hôpital La Riboisière au mois de juillet 1867.

Voilà ce qu'on constata : la tumeur énorme, plus grosse qu'une tête d'adulte, occupe toute la partie interne de la cuisse gauche. Son point de départ est le pli fessier; on voit à sa surface les traces des cautérisations qui forment quatre trous profonds, donnant naissance à d'énormes bourgeons charnus, qui constituent des fongosités d'aspect livide. Les veines de la peau sont variqueuses, dilatées. La cicatrice est tendue, unie, luisante, et n'est le siége d'aucune répullulation. La tumeur a près de 0m80 de circonférence; elle a des connexions évidentes avec les muscles et les vaisseaux fessiers.

D'après les commémoratifs et l'apparence de la tumeur, M. Verneuil diagnostiqua une récidive fibro-plastique, et fut d'avis de tenter l'opération, malgré le mauvais aspect qu'elle présentait et les difficultés du manuel opératoire. Cette opération fut pratiquée en présence de son collègue, M. Cusco.

Voici, du reste, un fait observé antérieurement qui l'encourageait à intervenir dans un cas aussi grave.

En janvier 1863, M. L., ancien administrateur, âgé de 35 ans, consulta M. Verneuil pour une tumeur et lui donna les renseignements suivants: Dans une chute de cheval, faite en 1852, la région lombaire porta sur une pierre. Il se fit une contusion circonscrite, qui cependant guérit vite et n'attira pas l'attention du blessé. Au bout de quelques mois, on put constater une légère induration. La petite tumeur, indolente, mobile sous la peau, grossit lentement; elle finit, dans l'espace de neuf ans, par acquérir le volume d'une pomme un peu aplatie. Un chirurgien enleva la production pathologique, incomplétement, dit le malade; mais on sait à quoi s'en tenir sur ces sortes d'affirmations.

La tumeur récidiva un an après; la marche de cette récidive fut assez rapide pour qu'au bout de deux ans son volume ait atteint 0m12 au moins. Elle présente des bosselures et envahit la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que la cicatrice. Cette large plaque de récidive était un peu mobile sur les couches profondes, et M. Verneuil crut l'ablation possible. Il y avait d'ailleurs conservation de la santé générale ; les ganglions n'étaient pas engorgés; il n'y avait pas de douleurs, aucune ulcération, malgré la ténuité de la cicatrice et l'aspect luisant qu'elle présentait depuis longtemps

En présence de ces faits, M. Verneuil résolut de faire une extirpation très-étendue, dépassant au besoin de beaucoup les limites de la tumeur.

Il fut assisté par MM. Millard et Dubrizay. Après l'extirpation, la plaie avait au moins 0m 25 de diamètre en tous sens; elle occupait presque toute la région lombaire gauche et empiétait de 5 à 6 cent. sur le côté droit.

L'aponévrose des masses communes était à nu, ainsi que les apophyses épineuses de plusieurs vertèbres.

On fit un pansement à plat; il n'y eut aucun accident, et la cicatrisation se fit assez rapidement.

La guérison fut radicale, et quatre ans et demi après la cicatrisaion, en automne 1867, on avait constaté qu'aucune récidive ne s'était produite.

L'examen microscopique confirma entièrement le diagnostic qu'on avait porté à l'avance. C'était bien une tumeur fibro-plastique, et c'était ce diagnostic qui avait fourni les meilleures indications à l'intervention chirurgicale.

Cette observation a, en effet, une grande importance; car elle nous montre qu'on peut arriver, soit par les caractères cliniques, soit par l'examen microscopique, à un diagnostic certain des tumeurs fibroplastiques, et en tirer, par conséquent, des indications importantes pour le traitement. C'est justement ces indications qui, dans le cas qui nous occupe actuellement, décidèrent à intervenir, malgré la dilatation des veines, les fongosités livides et l'énorme surface d'implantation de cette tumeur.

Voici, du reste, comment on fit l'opération : la malade fut couchée sur le dos. La pile de Grenet, modifiée par Mathieu, fut maniée par Mathieu lui-même. M. Verneuil commença par circonscrire la partie supérieure de cette tumeur avec le galvano-cautère en couteau; quand le tiers de cette incision fut fait, il pénétra dans le tissu graisseux de la fesse et tâcha, avec les doigts, d'énucléer le plus possible du produit par sa face profonde. Cette énucléation fut possible dans l'étendue de quelques centimètres.

La tumeur soulevée avec des érignes, M. Verneuil enfonce le gros trocart de Chassaignac au point de réunion du tiers supérieur avec le

tiers moyen, puis passe une chaîne transversalement, en ramène les deux bouts et la partie supérieure et les fixe sur l'écraseur de Chassaignac, que M. Farabeuf, interne du service, commence à faire fonctionner lentement.

Pendant cette manœuvre, M. Verneuil fait, à la limite inférieure, une incision semblable à celle du haut; il répète la même manœuvre, et passe une seconde chaîne. M. Cusco voulut bien se charger de la marche de ce second écraseur. La partie qu'on avait énucléée était bien moins considérable que la partie supérieure.

Sur les côtés, on procéda de la même façon pour le placement de deux autres chaînes d'écraseur. A un moment donné, trois écraseurs fonctionnaient ensemble. On s'aperçut, après l'application du quatrième, qu'une petite portion du milieu de la plaie n'avait pas été enlevée, et on appliqua une cinquième fois l'écraseur.

Pour les chaînes 3 et 4, M. Verneuil s'était servi, soit du doigt, soit d'un instrument pour creuser un canal (dans les tissus sains, naturellement), qui permît de passer les chaînes.

Grâce à la simultanéité d'action des instruments mis en usage, l'opération ne dura que quarante-cinq minutes; à peine si la malade perdit trois à quatre cuillerées de sang; encore provenaient-elles d'une veine sous-cutanée, dont le couteau trop rouge n'avait pas arrêté l'hémorrhagie. La plaie fut énorme; un des bouts de l'écraseur sortait près de la grande lèvre. Une grande partie du muscle grand fessier n'existait plus. On voyait à nu le grand trochanter, la tubérosité de l'ischion, le moyen fessier, le pyramidal, les jumeaux, l'extrémité supérieure des muscles de la cuisse. Toute la peau avait été circonscrite par une incision faite en quatre temps, et qui mesurait $0^{m}82$.

La plaie fut pansée avec de la charpie imbibée d'eau chlorurée. Pendant deux jours, la femme Dervilliers eut des vomissements incessants, opiniâtres, que l'emploi de la pepsine fit disparaître, e. plaie marcha assez rapidement vers la cicatrisation.

Avec l'appétit, l'embonpoint était revenu à peu peu près complétement.

Le 14, la malade a désiré rentrer chez elle. L'état est excellent, la cicatrisation presque complète;

Le 17 décembre, j'ai vu cette malade chez elle : la cicatrice a la forme d'une raquette allongée. La grosse extrémité supérieure et ovoïde se termine en pointe, en suivant le pli fessier. La cicatrice est rectiligne et linéaire, depuis la partie inférieure du pli fessier jusqu'à la grande lèvre gauche. Elle est un peu enfoncée en coin, et a, dans sa plus grande longueur, 0m075. La partie centrale n'est pas tout à fait cicatrisée; il reste une bande de 8 centimètres de long sur 3 de large, au niveau du trochanter.

Les bourgeons charnus sont de bonne nature.

Obs. XIV.—*Tumeur fibro-plastique du creux de l'aisselle.—Extirpation. Guérison.*

Dans le tome Ier (2e fascicule) des *Mémoires de la Société médico-chirurgicale* de Bordeaux (1866), on cite un cas intéressant de tumeur fibro-plastique du creux de l'aisselle, d'apparence ganglionnaire. Il a été communiqué à la Société par M. Didiot, de Marseille. Voici le fait dans tous ses détails.

Arnal (Augustin), fusilier au 24e de ligne, porte une tumeur volumineuse fixée dans la région axillaire gauche. Bonne constitution.

Le début remonte à un an, sans cause connue; elle avait déjà le volume d'un petit œuf quand il s'est aperçu de son existence, quoiqu'elle ne gênât alors en rien les mouvements du bras. Mais, peu à peu, il reconnut qu'elle grossissait insensiblement, et, comme elle ne l'empêchait pas de faire son service, il continua à ne pas s'en préoccuper, lorsque, son entrée à l'hôpital étant motivée par une autre affection, il résolut après la guérison de celle-ci de se faire traiter aussi pour sa tumeur.

Cette dernière apparaissait dans le creux de l'aisselle, sous le bord inférieur du grand pectoral; dure, légèrement bosselée, mobile en masse et sans aucune adhérence solide, excepté en haut et en dedans, au-dessous du muscle grand pectoral, qu'elle refoule en avant, surtout quand le bras est tenu élevé dans l'abduction forcée. De plus, cette tumeur, indolore par elle-même, occupe une position assez éloignée des nerfs et des vaisseaux axillaires pour ne déterminer ni

engorgement ni fourmillement dans le membre, dont tous les mouvements sont restés libres; elle mesure environ 10 centimètres verticalement et 6 à 7 centimètres environ dans son diamètre transversa· Les téguments sont sains à la surface, et l'état général du malade étant assez complétement rétabli pour permettre de faire avec succès l'extirpation de cette tumeur, nous y procédons le 28 avril de la manière suivante :

L'insensibilité ayant été obtenue par l'inhalation chloroformique et le bras ayant été placé dans l'abduction forcée, de manière à tendre les téguments qui recouvrent la tumeur, une incision de 12 centimètres de longueur environ et intéressant la peau dans toute son épaisseur est faite selon le grand diamètre vertical et parallèlement au bord antérieur du creux axillaire formé par la saillie du muscle grand pectoral. Ensuite, par une dissection attentive, le tissu de la tumeur est comme énucléé et isolé des organes environnants. Dans les parties inférieures et en arrière, cette dissection s'accomplit sans difficultés, et la tumeur peut être attirée en avant au moyen des crochets d'une grosse érigne. Il n'en a pas été de même, toutefois, pour l'extrémité supérieure où la tumeur paraissait avoir des adhérences plus intimes, et il a fallu la dissection la plus attentive et la plus minutieuse, aidée quelquefois de la torsion, pour en opérer le complet détachement, à tel point qu'une seule ligature artérielle dut être pratiquée.

La veine axillaire et ses branches apparaissaient nettement dans le fond de la cavité et sans la moindre lésion qui pût faire redouter les accidents d'une hémorrhagie veineuse.

Nous nous sommes décidé alors à réunir par première intention, au moyen de trois points de suture, à recouvrir la plaie d'un linge cératé et fénestré, d'un gros plumasseau de charpie et d'une compresse mouillée dans l'eau froide, le tout étant retenu par deux tours de bande en 8 de chiffre autour de l'épaule et du cou, et le bras restant rapproché du tronc. Mais, dans la soirée et la nuit suivante, toutes les pièces du pansement s'étant imbibées de sang, nous fûmes obligé le lendemain matin d'enlever le point de suture situé à la partie la plus déclive, de vider la poche des caillots de sang veineux qui s'y étaient formés, et, après l'avoir injectée d'eau mélangée de quelques gouttes de perchlorure de fer, on réappliqua le même pan-

sement simple en y ajoutant une légère compression au moyen d'une éponge.

Le 24, l'hémorrhagie paraît s'être encore reproduite, mais plus légèrement ; on fait une deuxième injection avec l'eau mêlée de perchorure de fer.

Le 25, la poche est vidée des nouveaux caillots de sang qui s'y étaient encore formés ; les points de suture restants sont enlevés et le fond de la plaie est pansé avec quelques boulettes de charpie saupoudrée d'alun. A partir de ce jour, aucune indication spéciale n'a été remplie : le fond de la plaie a bourgeonné et s'est rempli peu à peu de façon à être complétement cicatrisé le 14 mai, jour où le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri.

Examen de la tumeur. — La tumeur, après l'opération, a un peu plus que le volume d'un gros œuf de poule ; elle est enveloppée d'une couche de tissu cellulaire peu épaisse. Incisée dans son grand diamètre, elle offre un tissu d'aspect homogène très-ferme, élastique, d'une coloration gris blanchâtre en certains endroits, rosée et plus vasculaire en d'autres, et laissant exsuder un suc clair et transparent. Au microscope, on reconnaît l'existence de nombreux corps fusiformes, de quelques cellules ovoïdes ou arrondies à noyaux et de noyaux isolés, tantôt réunis, tantôt disséminés ; mais on n'y rencontre aucune des cellules caractéristiques du cancer.

Comme on le voit, d'après cet examen, le diagnostic de la nature de cette tumeur ne peut rester douteux, et les caractères que nous lui avons reconnus nous permettent de la ranger parmi les tumeurs fibro-plastiques, plutôt encore que parmi les tumeurs fibreuses. Nous devons ajouter que, malgré la tendance à récidiver de cette sorte de tumeurs, cette particularité nous paraît d'autant moins probable que l'ablation a été pratiquée, dans ce cas, avant tout commencement de dégénérescence de la masse morbide et d'altération des tissus environnants.

Voici une observation qui nous est communiquée par le docteur L. Millet, de Montmorency. Nous la reproduisons textuellement.

Obs. XV. — *Tumeur fibro-plastique à développement rapide. Ablation. — Récidive.*

Le 19 août 1867, M. D., âgé de 55 ans, rentier, jouissant habituellement d'une bonne santé, vient réclamer mes soins. Il avait à la partie externe et moyenne de la jambe gauche une tumeur du volume d'une noix, d'une forme irrégulièrement arrondie; la peau qui la recouvrait était amincie, d'une teinte légèrement bleuâtre; on percevait une fluctuation trompeuse dans la plus grande étendue de la tumeur. Le résultat de mon examen fut que j'avais sous les yeux un mal sérieux, dont je ne pouvais absolument préciser la nature. En conséquence, j'adressai le malade à M. le professeur Verneuil; notre éminent confrère posa le diagnostic suivant: Tumeur fibro-plastique à développement rapide. Il conseilla au malade de recourir le plus tôt possible à l'opération. M. D. crut devoir temporiser; il fit un voyage, essaya les fondants, et revint enfin nous voir vers le milieu d'octobre. A cette époque, la tumeur avait acquis le volume du poing. Ce malade ne pouvait plus marcher depuis longtemps, tant à cause de la douleur que par suite d'un gonflement œdémateux des malléoles. Cependant, comme la tumeur paraissait encore un peu mobile à sa base, l'ablation fut résolue; l'opération eut lieu le 19 octobre, et n'offrit rien de particulier à noter. Une incision de forme elliptique de $0^{m}10$ au moins de longueur, sur une largeur de $0^{m}08$ à $0^{m}09$, circonscrivit le mal en même temps qu'une étendue suffisante de peau saine; l'aponévrose fut enlevée, et, comme les muscles étaient en bon état, M. le professeur Verneuil excisa au moyen des ciseaux, dans l'espace intermusculaire, tout ce qui parut suspect. Un pansement avec l'eau alcoolisée fut institué. La cicatrisation marchait lentement, mais la plaie avait bon aspect; en un mot, tout allait assez bien pendant les quinze jours qui suivirent l'opération, après quoi apparurent, vers la partie supérieure de la plaie, au niveau de l'espace intermusculaire,

des bourgeons charnus de mauvaise nature; leur développement rapide ne fut pas même enrayé par trois applications successives du caustique de Vienne. Enfin quinze jours plus tard, c'est-à-dire un mois après l'ablation de la tumeur et à sa place, s'étalait un énorme champignon saignant et donnant lieu à une suppuration d'une odeur repoussante. Le malade inquiet, amaigri, refusant l'amputation, seule ressource désormais, reprit tristement le chemin de son pays.